SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 15:37).

–Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Salud Pública. Según consta en el orden del día contamos con las tres delegaciones que teníamos previsto recibir en el día de hoy. La última, la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental, son los representantes de Caminantes y hace tiempo que habían solicitado ser recibidos, por lo que nos pareció oportuno incorporarla en el día de hoy.

Por otra parte, si los señores senadores están de acuerdo, creemos que estaríamos en condiciones de volver al horario normal de citación para la próxima sesión.

Entonces, luego de estas tres entrevistas, en la próxima reunión podríamos poner a consideración el proyecto de ley y su articulado, ya que habríamos finalizado lo que nos habíamos propuesto para esta etapa.

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«–Propuesta remitida por el colectivo Radio Vilardebó con relación al órgano revisor y la propuesta de centros psicosociales comunitarios.

–Exposición escrita presentada por la señora representante Patricia Vázquez Varela a fin de que se instrumenten los mecanismos necesarios para solucionar la problemática creciente que deriva de la tenencia irresponsable de caninos.

–Exposición escrita presentada por la Patricia Vázquez Varela relacionada con la reglamentación de la Ley de Tránsito n.º 18191, de 14 de noviembre de 2007 en materia de procedimientos, constatación y determinación a conductores ante el consumo de alcohol y de drogas.

–Copia de la versión taquigráfica de las palabras pronunciadas por la señora representante Patricia Vázquez Varela, en sesión de 15 de junio del corriente año, referidas a la necesidad de instrumentar los mecanismos necesarios para modificar y reglamentar la Ley n.º 18191, de 14 de noviembre de 2007, de tránsito y seguridad vial».

–Informo a los señores senadores que, como recordarán, el día que recibimos a la delegación de la radio Vilardevoz le solicitamos que nos adjuntaran la propuesta para el artículo y lo enviaron.

SEÑOR GARCÍA.- Quisiera saber si se consultó al Colegio Médico del Uruguay.

SEÑORA PRESIDENTA.- No fue propuesto, pero si hay acuerdo podríamos solicitar que nos enviaran por escrito su opinión sobre el proyecto de ley, porque nos gustaría empezar con el tratamiento del tema el martes próximo.

(Apoyados).

–Entonces vamos a enviar por secretaría el proyecto de ley para que el Colegio Médico del Uruguay nos dé su opinión.

(Ingresan a Sala los representantes de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo).

–En nombre de la Comisión de Salud Pública tenemos el agrado de recibir a los integrantes del Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Esta delegación está integrada por Juan Faroppa, Juan Raúl Ferreira, Mariana González Guyer, Ariela Peralta y los acompaña también la señora Ariadna Cheroni.

En su oportunidad enviamos el proyecto de ley que estamos considerando al instituto. Aprovecho para señalar que también participamos en forma conjunta de algunas actividades. Si bien no se ha tocado directamente el tema, sabemos que ustedes lo tienen en agenda. A la comisión le interesa sobremanera conocer la opinión que tienen sobre este proyecto de ley, así como también recibir cualquier aporte que nos puedan brindar.

Queremos adelantarles que en el correr de la reunión surgirán algunas preguntas por parte de los propios integrantes de la Comisión de Salud Pública, en particular del señor senador Carámbula, quien está interesado en algunos planteos muy concretos que se darán a lo largo de la discusión del proyecto de ley. Incluso, algunas de sus inquietudes son compartidas por los miembros de la comisión.

Aprovechamos para felicitar a la presidenta Peralta por su nueva función.

SEÑORA PERALTA.- Muchas gracias.

La Institución Nacional de Derechos Humanos del Uruguay y Defensoría del Pueblo está muy agradecida por la oportunidad que nos ha brindado la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores de poder aportar y escuchar la opinión de la institución con respecto del proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo, que tiene por objeto garantizar la protección de la salud mental de los habitantes del país en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En ese marco, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo del Uruguay ha analizado y estudiado el proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo. Lo ha hecho en el marco de la legislación nacional e internacional y también teniendo en cuenta los insumos aportados por el grupo de trabajo Salud Mental y Derechos Humanos de la institución nacional y de los textos producidos por los seis subgrupos del grupo de trabajo. Es importante comentarles y compartir con los señores senadores que a fines del año 2014 la institución convocó a un grupo de trabajo llamado Salud Mental y Derechos Humanos. El marco legal de la institución permite crear grupos de trabajo y nos pareció que este tema ameritaba la creación de un grupo de trabajo, que ha seguido dividido en seis subgrupos hasta la fecha, discutiendo y debatiendo, con disensos y acuerdos, y haciendo aportes en los diferentes temas.

El grupo de trabajo está integrado por instituciones del Gobierno, por organizaciones de la sociedad civil, por la UdelaR y por asociaciones de profesionales. Este documento que les hemos entregado contiene treinta y nueve puntos que el consejo directivo consideró importantes como aportes al proyecto de ley, pero además contiene anexos que son el resultado del trabajo de los seis subgrupos que integran el grupo de trabajo Salud Mental y Derechos Humanos.

La institución considera importante destacar el compromiso del Ministerio de Salud Pública con la impostergable necesidad de ajustar la normativa nacional vigente a los instrumentos internacionales referidos al campo de la salud mental, siempre desde una perspectiva de derechos humanos. También a la institución le ha parecido muy importante el carácter participativo de la convocatoria para la elaboración de un documento y los aportes para generar los contenidos de una ley de salud mental en Uruguay, que precedió al proyecto de ley. Asimismo, la metodología empleada fue

importante para efectivizar la participación y el cumplimiento del encuadre del trabajo establecido. La institución no participó pero estuvo atenta a ese proceso, que nos pareció muy importante e interesante. También debemos destacar el esfuerzo ministerial por procurar plasmar en el texto de la ley un nuevo paradigma centrado en las personas, en la salud mental como derecho humano, en el enfoque comunitario, en la intersectorialidad e interdisciplinaridad, así como en la atención al principio de la alternativa menos restrictiva, tratando de romper con una matriz asilar. Tal como lo establece el Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020, de la Organización Mundial de la Salud, la legislación que perpetúa la estigmatización, la discriminación y la violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad debe ser derogada. En ese sentido, esta iniciativa es sumamente importante para abarcar un tema que preocupa a la institución.

La ley a aprobar debe proteger especialmente la dignidad, la igualdad, la no discriminación, el derecho a la privacidad y a la autonomía personal; debe prevenir cualquier maltrato, trato indigno o degradante, defender el principio del ambiente menos restrictivo, la libertad de las personas y los derechos a participar, así como a estar informados sobre su salud mental.

A grandes rasgos esto es lo que queríamos decir a modo de introducción para el informe que estamos presentando. Si la señora presidenta lo considera pertinente, me gustaría ceder el uso de la palabra a la colega del Consejo Directivo, socióloga Mariana González Guyer.

Muchas gracias.

SEÑORA GONZÁLEZ GUYER.- Agradezco muchísimo la invitación y quiero subrayar la importancia que desde la institución le hemos dado a esta temática que, inclusive, es parte del plan estratégico. También acentuamos algo que nos parece fundamental y es la adecuación y renovación de la normativa vigente en nuestro país.

Hay dos aspectos que me gustaría plantear. En primer lugar, quisiera presentar a la psicóloga Ariadna Cheroni, integrante del equipo técnico de la institución. Ella es una de las nuevas funcionarias que ha ingresado recientemente fruto del concurso y también ha acompañado el grupo de trabajo de salud mental; por eso le pedimos que estuviera presente en esta reunión.

Asimismo, quiero mencionar a la psicóloga Jacqueline Ledesma, que estuvo contratada hasta hace unos días y realizó un trabajo importante en el acompañamiento del grupo de trabajo.

Vamos a entregar dos documentos; uno de ellos contiene las principales consideraciones, que son los 39 puntos a los que hacía referencia nuestra presidenta, la doctora Peralta. No vamos a leer todos los puntos porque sería muy extenso, pero sí me gustaría destacar algunos aspectos en los que la institución pone particular atención porque cree que deber ser analizados y revisados con especial cuidado.

Por un lado, la institución valora muy especialmente –tal como lo destacó nuestra presidenta–la decisión ministerial que está plasmada en el artículo 37 del proyecto de ley a estudio, es decir, el cierre de las estructuras asilares y monovalentes con la desinstitucionalización progresiva de la población residente en las mismas, asegurando la atención de sus necesidades asistenciales en salud, en apoyo para una vida digna. Sin embargo, creemos necesario advertir que se requiere un esfuerzo sostenido y continuado en el tiempo para no reproducir en nuevos espacios asistenciales la segregación, el estigma, la vida tutelada y otras formas de confinamiento propias del modelo manicomial.

Por otra parte, destacamos que el proyecto de ley contemple que, de ser necesaria una hospitalización, no quede sujeta a límites temporales o a la edad de la persona usuaria. En este sentido, la institución sugiere que el Poder Ejecutivo realice los mayores esfuerzos para lograr una expedita y completa implementación, en el Sistema Nacional Integrado de Salud, de la cobertura de hospitalización en sus distintas modalidades.

Entendemos también que si bien el proyecto de ley constituye un avance significativo en relación con el marco normativo –sin ninguna duda–, no consigue concretar cabalmente el salto paradigmático que implica la incorporación efectiva del enfoque de derechos humanos, quedando por momentos atrapado en aquellos nudos problemáticos que, desde hace décadas, han estado presentes en las normativas, en las políticas, en las prácticas institucionales y profesionales, y en las concepciones vinculadas al campo de la salud mental. Estos nudos conflictivos acerca de los cuales la institución entiende que la nueva normativa no logra superar cabalmente refieren, sobre todo, por un lado, a las concepciones que subyacen al concepto y definición de salud mental; salud mental como estado, o como proceso, por ejemplo.

En segundo lugar, refieren a la denominación que se les da a las personas afectadas por sufrimientos mentales graves; por momentos trastorno mental, enfermedad mental, sufrimiento mental.

En tercer término, están vinculados a la consideración de los grupos que requieren de mayor protección de sus derechos fundamentales, acerca de los cuales nos vamos a detener un poquito más adelante.

En cuarto lugar, apuntan a la integración y roles de los equipos interdisciplinarios en la nueva ley y, en quinto término, al tema del órgano o los órganos de revisión y supervisión, acerca de los cuales también nos vamos a detener más adelante.

Voy a saltar al punto 15. En lo que hace a la definición de salud mental, la institución entiende que debe ser mínima en cuanto a anteponer los clásicos modelos que sustentan las distintas definiciones, y máxima en cuanto a una concepción de salud mental en términos de derechos humanos fundamentales y de ciudadanía y desarrollo. En este sentido, sugerimos definir la salud mental en términos de derechos y desarrollo humano. La salud mental entendida como componente integral y esencial del derecho humano a la salud es necesaria para el ejercicio de los derechos y la participación en la vida civil, social y económica. Pero, a su vez, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades es fundamental para que las personas con situaciones de sufrimiento mental detenten los mismos derechos que el resto de los ciudadanos.

Yendo al punto 17, señalamos que si bien el proyecto de ley realiza señalamientos sobre la protección y garantías de los derechos humanos de todas las personas, advertimos que no consigue imprimir una efectiva consideración de las vulnerabilidades especiales derivadas del género, la edad, la raza, la orientación y/o identidad sexual, o de la particular situación social de las diferentes personas. En este sentido recomendamos que la ley establezca una especificación de al menos tres grupos de titulares del disfrute y efectivo ejercicio del derecho a la salud mental: los habitantes, en términos generales, los usuarios y los grupos en especial situación de vulnerabilidad.

En relación a los grupos en especial situación de vulnerabilidad, el principio de no discriminación exige reconocer las características concretas de los grupos de población interesados y utilizar un enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital. En este sentido, recomendamos conceder especial atención a los grupos de la sociedad a los que afectan particularmente en sus derechos las políticas, estrategias y programas de salud mental. Nos referimos a los niños y las niñas, los adolescentes, las mujeres, los adultos y las adultas mayores, las minorías étnicas, religiosas y lingüísticas, las personas refugiadas, las personas inmigrantes y migrantes, las personas con discapacidad, las personas privadas de libertad, los grupos de personas en situación de vulnerabilidad económica y social y las personas y los grupos LGTBI.

Paso al punto 21, donde la institución sugiere, asimismo, mencionar en la ley las problemáticas de las demencias y dar cuenta de la relevancia de la protección de los derechos humanos de las personas mayores en general, y en particular con demencias y enfermedad de Alzheimer.

Con relación al punto 24, destacamos nuestra preocupación respecto a la articulación del presente proyecto de ley con la ley n.º 19.353, en lo que se refiere a integrar específicamente el

derecho al cuidado a lo largo de la vida de las personas con situaciones de sufrimientos mentales graves; nos referimos al sistema integral de cuidados.

En el punto 25 señalamos que a nuestro entender la legislación de salud mental debe contener garantías legales para proteger los derechos humanos de las personas afectadas por sufrimientos mentales graves. Los estándares internacionales en la materia exigen la creación de órganos de revisión de carácter independiente e imparcial.

En este sentido, cabe señalar que la ubicación institucional del órgano de revisión y su naturaleza jurídica es uno de los aspectos del proyecto de ley en donde la institución ha constatado los mayores disensos. Esto también se ha constatado en el propio grupo de trabajo que funcionó sobre el tema en la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

Hacemos un breve repaso en los puntos 27, 28, 29 y 30 sobre el planteo que existe en el proyecto de ley sobre el órgano de revisión, donde destacamos, además, que entendemos que resulta de compleja resolución porque sabemos que existen diferentes posiciones al respecto.

Luego de un exhaustivo análisis de las normativas estándares internacionales referidas a los mecanismos de supervisión y a la luz de los insumos aportados por el grupo de trabajo Salud Mental y Derechos Humanos, así como de los documentos producidos por el subgrupo, la institución considera que la legislación debe contener garantías legales para proteger el derecho a la salud mental de todos los habitantes y en particular los derechos humanos de las personas con sufrimientos mentales graves previendo el funcionamiento de órganos de revisión y de supervisión de carácter independiente, autónomo e imparcial. Subrayamos estas características: de carácter independiente, autónomo e imparcial.

El órgano de revisión debe ser autónomo, no sometido a jerarquía, por lo que no puede recibir instrucciones ni órdenes de ninguna autoridad, y debe estar facultado para dictar sus normas de funcionamiento interno.

Entendemos que a efectos de asegurar esa independencia, dicho órgano deberá actuar fuera de la órbita de la autoridad de aplicación y del Poder Ejecutivo. Estamos recomendando la constitución de un órgano de supervisión y de revisión imparcial independiente. En ese sentido señalamos que lo que refiere a confirmar o a rechazar toda solicitud de internación o de tratamiento involuntario, considerar apelaciones, de pacientes o de representantes, contra el ingreso o el tratamiento involuntario y otras restricciones de derechos, es una función de competencia específica del Poder Judicial que podría ser reforzada en un procedimiento especial, expedito y efectivo.

En lo que refiere a las funciones inspectivas de todas las instituciones de salud mental públicas y privadas, y a la presentación, investigación y resolución de quejas y de denuncias, la institución tiene competencias para recibir denuncias, investigar, hacer visitas a instituciones, entrevistar a usuarios o a familiares, realizar sugerencias y recomendaciones, y realizar todo tipo de actuaciones e informes, aun de oficio y con total independencia. Se trata de funciones que la institución ya viene cumpliendo en ejercicio de las atribuciones que la ley le confiere y que, debidamente reforzadas de acuerdo con la especificidad y el campo de la salud mental, podría continuar ejecutando en calidad de órgano de revisión independiente.

De considerarse que estas funciones del órgano debidamente reforzadas en las instituciones específicas –o sea, Poder Judicial e Institución Nacional de Derechos Humanos– estarían cabalmente contempladas, restaría definir la naturaleza y la ubicación institucional para desarrollar los restantes cometidos correspondientes al órgano de revisión, así como la efectiva coordinación entre las distintas funciones de supervisión y de revisión, asegurando la participación democrática de la ciudadanía a través de la aportación de diferentes colectivos con intereses en la materia, tales como los organismos de representación de los usuarios, familiares e instituciones académicas.

Después, en todo caso, si quieren podemos profundizar un poco más en el tema del órgano de revisión que sabemos es un punto particularmente complejo.

En el punto 35 la institución recomienda llevar adelante un estudio profundo de la totalidad del orden jurídico nacional vigente, en la medida en que el proyecto de ley analizado incorpora nuevas concepciones y abordajes en la prevención, atención y prestaciones de salud mental. Esto es a efectos de armonizar los institutos y los procesos con la nueva concepción, y garantizar la debida tutela de los derechos de las personas afectadas.

En el punto 36 es de suma importancia mantener la congruencia y coherencia en el conjunto del sistema y en las diferentes normas que integran el orden jurídico positivo uruguayo a fin de no establecer modificaciones legales que distorsionen la finalidad perseguida o que resulten contradictorias entre sí.

Con respecto a la representación legal y jurídica, el Grupo sobre Salud Mental y Derechos Humanos se abocó específicamente al estudio de los diferentes institutos y procesos penales contenidos en las normas civiles, procesales y penales. Ese documento integra parte del anexo que estamos entregando a las señoras y los señores senadores, integrantes de la comisión.

Para finalizar, queremos destacar que debido a la complejidad del campo de la salud mental el proceso de elaboración y aprobación de un proyecto de ley sobre el tema, sin duda constituye un desafío que debemos enfrentar entre todas y todos para conseguir que el mismo consagre efectivamente el ejercicio del derecho a la salud mental como un componente integral del derecho humano a la salud, pero sobre todas las cosas para que el mismo dé cuenta de un compromiso impostergable en el respeto de la dignidad inherente a todo ser humano y para la superación del dolor y el estigma que durante demasiado tiempo han debido soportar muchos habitantes de nuestro país. Por lo tanto, consideramos que efectivamente estamos frente a un momento de inflexión fundamental en la temática y valoramos muchísimo la discusión de este nuevo proyecto.

Muchas gracias.

SEÑOR AGAZZI.- En realidad estamos recibiendo una cantidad de argumentos. Fue impresionante constatar que se formó un grupo de trabajo especializado con profesionales competentes y seis subgrupos. Nosotros todavía no lo hemos hecho, por eso me parece que hay que destacar la profesionalidad, la responsabilidad y el énfasis con que tomaron el tema. Para nosotros es muy satisfactorio. En realidad, hasta no digerir todo esto no podemos hacer preguntas concretas. Hablo solamente para agradecer el trabajo que han hecho hasta ahora. Seguramente cuando consideremos estos aportes –algunos de los cuales son coincidentes con unos que recibimos y con otros no–, me parece que podremos consultarlo específicamente porque el trabajo que han hecho es serio y responsable.

Ahora, como integrante de la comisión, sin conocimiento previo de los aportes que nos hace la institución, no me siento preparado para preguntar porque sería preguntar por preguntar y vamos a tratar de ser eficientes en el uso del tiempo.

SEÑOR CARÁMBULA.- Estoy de acuerdo con lo que plantea el señor senador Agazzi en cuanto a que han hecho un aporte extraordinario.

La única pregunta que haría ahora es sobre uno de los temas cruciales que es el órgano de revisión. ¿En esta propuesta que hacen, qué antecedentes legislativos han recogido y qué experiencias de otros proyectos en materia de salud mental han tomado?

SEÑORA CHERONI- Como decían las directoras, venimos trabajando en este tema desde fines del año 2014 y justamente nos encontramos con la cuestión del órgano de revisión por lo que implica esa mirada sobre el funcionamiento no solamente de la futura ley, sino también de las prácticas y de las situaciones que tienden a garantizar los derechos de todas las personas, pero particularmente de aquellas que tienen situaciones de sufrimientos mentales graves.

Uno de los subgrupos conformados fue el del órgano de revisión. Los señores senadores podrán encontrar en el anexo, tres documentos que se hicieron porque también hubo diferencias en

cuanto a lo planteado. En ese subgrupo se estudiaron, y nosotros acompañamos ese proceso, algunas normativas. Por supuesto, entre ellas se visualizó la normativa de la ley de salud mental argentina, donde encontramos puntos bien interesantes y puntos vulnerables en relación a lo que plantea la ley y a cómo se puso en marcha ese órgano de revisión.

En ese caso, también participamos con Mariana González en algunas reuniones donde se expuso sobre el funcionamiento actual del órgano de revisión en Argentina. Nos encontramos con esa puesta en marcha bastante cercana en el tiempo y también procurando e intentando dar cuenta de las normativas y de los estándares internacionales en la materia.

Nos acercamos también a la legislación italiana y encontrándonos con otros intentos por implementar estas formas de control, inspección, monitoreo y revisión de determinadas situaciones.

Como les decía, este punto no ha tenido consenso, porque los planteos –que los señores senadores también conocen– de pronto tienen que ver con el funcionamiento de este órgano con características similares, porque no se le denomina de esta forma dentro del proyecto de ley presentado por el Ministerio de Salud Pública, con las mismas funciones que se le atribuyen a un órgano de revisión, dentro de la órbita ministerial o con una presidencia también dentro de esa área.

Nosotros consideramos que es necesario, sin duda, un órgano de control de este tipo en la interna del Poder Ejecutivo y la autoridad de aplicación, pero en todo este largo y complejo proceso, nos pareció relevante señalar la importancia de una instancia independiente, imparcial y autónoma, que pudiera tener una mirada y un acompañamiento que no estuviera sujeta a las mismas autoridades que llevan adelante o que son rectoras dentro de la ejecución de las políticas.

Nos acercamos a este planteo intentando también escuchar las distintas voces en relación a esto y viendo las fusiones que, de alguna manera, ya se estaban llevando adelante. En este sentido, acercamos lo que de por sí la Institución Nacional de Derechos Humanos y el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, dentro de la institución, llevan en relación a las funciones inspectivas y también en lo que tiene que ver con otra particularidad y especificidad del órgano, que consideramos sumamente importante: las denuncias, las quejas y peticiones de las personas usuarias, las internadas y de sus familiares, en relación a sus situaciones cotidianas en el cumplimiento de su derecho a la salud mental.

En este sentido –no quiero ocupar mucho tiempo a la comisión–, durante los años 2014 y 2015, en nuestra función de defensoría y de mecanismo nacional de prevención, concurrimos a las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, acercándonos a esa realidad y haciendo un monitoreo de las situaciones que allí se estaban dando.

Es por eso que también resaltamos la importancia de esta independencia y de esta imparcialidad para el acercamiento, el monitoreo, las referencias y las recomendaciones en relación a situaciones que muchas veces son de gravedad y de sufrimiento para muchas de las personas que allí se encuentran.

No sé si respondo la pregunta, pero es por ese lado que hemos tratado de ir pensando específicamente el órgano.

SEÑOR FAROPPA.- Para complementar lo que decía nuestra colega la señora Cheroni y para ser más concretos en cuanto a una figura o a un posible modelo del mecanismo de revisión, quería decir que nosotros entendemos que la Institución Nacional de Derechos Humanos puede hacer su aporte y ser un lugar de articulación o de encuentro. Puede ser una secretaría técnica como se ha hecho con la forma de funcionamiento que tiene el grupo de salud mental. Tenemos las capacidades, las condiciones y las facultades para hacerlo. Otra cosa sería que la institución también estuviera participando en las mismas condiciones que otros organismos –por ejemplo con voz y voto–, que de alguna manera están bajo su contralor, como lo establece la Ley n. º 18446. Se podría dar una situación extrema, por ejemplo que la institución terminara votando junto con el Ministerio de Salud Pública, con el Ministerio de Desarrollo Social o con una organización de la sociedad civil. Eso sería

una barbaridad; la institución no podría tener capacidad de decisión cuando, además –como los señores senadores muy bien saben porque nos crearon– nuestros pronunciamientos no tienen carácter vinculante, sino que son recomendaciones. Como bien decía la señora Cheroni, con estas áreas que incorpora la Institución Nacional de Derechos Humanos que es la Defensoría del Pueblo y el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, las facultades para inspeccionar están garantizadas y también las facultades para recepcionar denunciar, investigar y hacer recomendaciones.

Perfectamente la organización podría favorecer el funcionamiento de un órgano de revisión integrado, como se ha dicho, con organismos del Estado y de la sociedad civil, ejerciendo una secretaría técnica, favoreciendo la articulación, el debate y la asistencia técnica, pero no para adoptar la postura de asumir responsabilidades decisorias. Eso no nos corresponde, porque los cometidos generales de inspección y de recepción de denuncias ya los tenemos y, a la vez, no tenemos competencia para tomar decisiones que sean vinculantes para la autoridad de que se trate.

SEÑORA PRESIDENTA.- Creo que la última intervención nos despejó muchas dudas. Como lo decíamos al comienzo, este es un artículo complejo y eso hace que su puesta a punto sea diferente.

Les agradecemos su presencia. A través de secretaría vamos a hacer un comparativo con el material que nos proporcionaron. Ciertos aspectos de la información legislativa que nos trajeron van a formar parte de la que haremos cuerpo nosotros porque fundamentalmente en relación al marco internacional algunos de los países que nombraron –si bien no figuran en el proyecto– me consta que fueron tomados como elementos de discusión.

Vamos a estudiar todo el material que nos brindaron. Sabemos que nos pueden asesorar, ampliar información o despejar cualquier duda que tengan los integrantes de la comisión.

(Se retiran de sala los integrantes del Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo).

(Ingresan a sala representantes de las Cátedras de Psiquiatría Pediátrica y de Adultos).

–Damos la bienvenida a la delegación de las Cátedras de Psiquiatría Pediátrica y de Adultos integrada por el doctor Fernando Tomasina, decano de la Facultad de Medicina; la doctora Stella Bocchino, profesora de la clínica psiquiátrica; la doctora Alicia Canetti, profesora agregada de la Unidad de Salud Mental en Comunidad; la doctora Nora Rodríguez, profesora agregada de Psiquiatría Pediátrica; y Sandra Romano Fuzul, profesora agregada de Clínica Psiquiátrica.

Muchas gracias por su presencia. Para nosotros es más que importante conocer su visión sobre el proyecto de ley sobre salud mental que tenemos a consideración y que en su momento les enviamos. La semana que viene comenzamos a tratar el articulado en la comisión por lo que son muy importantes los aportes que nos puedan hacer. Incluso, si tienen material para entregarnos o para enviarnos luego, les pedimos que lo hagan porque nos puede resultar de utilidad para realizar el comparativo con todas las miradas que hemos tenido en la comisión.

Sin más, les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR TOMASINA.- Buenas tardes.

Para nosotros –es decir, para la Facultad de Medicina– el tema de la salud mental y los aspectos que hacen a los cambios necesarios en los paradigmas de la atención del enfermo –desde una mirada de la salud y no tanto de la enfermedad– son sustantivos para poder avanzar con expresiones legislativas que garanticen básicamente los derechos, de manera que ese enfoque sea lo más holístico e integral, abarcando no solamente la asistencia como tal, sino la prevención y la promoción en salud. Evidentemente, un elemento que no es menor es la rehabilitación de aquel ciudadano que por distintos problemas de salud mental ha quedado marcado y con ciertas dificultades para su integración. Este es un aspecto central. Entonces, desde una mirada integral y holística de los temas de salud mental nos parece fundamental avanzar. En ese sentido, la discusión legislativa está enfocada a garantizar los derechos y la importancia que tiene la integración social de ese ciudadano.

La Facultad ha generado un grupo integrado por las distintas cátedras y unidades académicas para que la mirada sea interdisciplinaria. Por eso estamos aquí presentes con la profesora agregada en siquiatría, pero también con expertos en salud mental para la comunidad y para la salud mental infantil. La Cátedra de Psicología Médica también integra este grupo y está representada por el profesor Juan Dapueto. Quiere decir que hacia la interna de la facultad también hay una intención de pensar en los distintos momentos por los que transita la persona que vive en sociedad, cuando se encuentra frente a distintos desafíos y contingencias. Estamos hablando de la etapa de crecimiento y desarrollo, la integración en los ámbitos sociales y la adultez como tal. Entendemos que la salud es un bien a garantizar, tanto para las personas que se integran productivamente en lo social como para aquellos que adolecen de alguna enfermedad en particular, permitiéndoles acceder a un tratamiento adecuado para su recuperación. Este es el marco referencial con el que ha trabajado el grupo, que se ha vinculado también con otros servicios universitarios que tienen que ver con la salud mental, dando una activa discusión en las distintas sociedades científicas que integran los profesionales. Por lo tanto, creemos que esta posibilidad de legislar sobre este tema nos permitirá modernizar una legislación que en su momento fue muy moderna, aunque estamos hablando de la década del treinta del siglo XX. Creemos que es tiempo de promover cambios que se ajusten a los nuevos paradigmas de salud.

SEÑORA ROMANO.- Agradecemos la oportunidad de estar en la comisión, puesto que para nosotros es importante poder intercambiar ideas y traer parte de las reflexiones que hemos hecho en el ámbito de la facultad.

Primero que nada, me interesa recordar que el 7 de junio esta comisión recibió a las sociedades científicas de psiquiatría y que nosotros participamos activamente en la elaboración de los documentos, los que compartimos totalmente. Parte de las apreciaciones que queremos hacerles llegar ahora, son un complemento a ese material.

Como bien señalaba el decano, la facultad tiene a su cargo la formación de los profesionales médicos pero en ella también se llevan adelante diecinueve carreras, muchas de las cuales tienen que ver con la salud mental, por lo que nos parece bueno tener en cuenta la mirada de las distintas disciplinas a la hora de analizar esto.

Por nuestra parte, queremos enfatizar aspectos que refieren al objeto y las disposiciones de la ley y a las condiciones para favorecer la implementación; asimismo, hacer algunos comentarios con respecto al rol y las responsabilidades que nos competen como institución en relación a este tema. Reitero que este documento es complementario a los que ya recibió la comisión y, por supuesto, lo vamos a enviar para que quede en poder de la comisión.

Con respecto al objeto y las disposiciones del proyecto de ley, nos interesa destacar –sigue la línea de lo que también planteaba el decano– que su artículo 1.º establece que el objeto refiere al derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y, particularmente, de aquellas con trastorno mental. Sin embargo, al analizar el articulado, podemos ver que refiere muy especialmente a la atención de la población con trastornos mentales más graves. Obviamente, esto también nos genera muchísima preocupación y consideramos que es imprescindible legislar teniendo en cuenta la protección de una población que es muy vulnerable, pero entendemos que sería oportuno pensar en que el enfoque debería ser un poco más amplio. Consideramos que la protección de la salud mental abarca acciones de promoción y prevención dirigidas a la población en general, y también específicas

hacia sectores con mayor vulnerabilidad o necesidades especiales según la etapa vital, como son la población infantil, adolescente, de adultos mayores y mujeres embarazadas. También es necesario tener en cuenta las condiciones de vida, atendiendo situaciones de particular vulnerabilidad por condiciones ambientales, laborales, de exclusión social o de privación de libertad. Entendemos que estos aspectos deberían ser considerados.

Por otra parte, queremos mencionar que existen otros problemas de salud mental que son importantes por su alta prevalencia y que requieren, también desde una visión integral de protección de la salud mental, ser considerados. Si lo que estamos diciendo lo contextualizamos en un cambio de modelo de atención, en donde el primer nivel de atención está llamado a jugar un papel importante, advertiremos que todo lo que tiene que ver con la atención de los problemas de alta prevalencia –como la ansiedad, la depresión, las conductas suicidas y el uso problemático de sustancias–, no está solo vinculado a la atención especializada de salud mental, sino a lo que es la atención de primer nivel. Esto implica un cambio muy importante en el modelo de atención, así como en algo que nos compete –aunque no solo a nosotros–, como es el hecho de que la formación de recursos humanos cuente con las herramientas adecuadas para responder a las necesidades de la población en este tema.

Por otro lado, nos referiremos al sufrimiento psíquico, vinculado a enfermedades físicas, accidentes o desastres –tema este también importante–, y al sufrimiento psíquico o trastornos mentales relacionados con las condiciones existenciales desfavorecidas, como situaciones de maltrato, abuso, violencia y situación de calle.

Para contemplar estos aspectos sugerimos lo siguiente.

Dado que en el artículo 6.º –incluido dentro del capítulo II «Derechos»–se busca enfatizar la protección de derechos a quienes padecen trastornos mentales, nos parece que en realidad el capítulo debería denominarse «Sobre los derechos de las personas con trastornos mentales», porque el articulado sobre el punto se restringe específicamente a eso.

A su vez, consideramos que podría resultar oportuno agregar un capítulo exclusivamente destinado a la promoción y prevención, que tome como eje las etapas del ciclo vital, las condiciones que incrementan la vulnerabilidad y ámbitos específicos para el desarrollo de medidas de promoción y prevención, en particular, espacios sociales de convivencia, medio educativo y ámbito laboral. ¿Por qué proponemos agregar un capítulo? Porque, en realidad, luego de idas y venidas sobre el lugar que esto debería ocupar en el articulado, no llegamos a conclusión alguna; seguramente los señores senadores sí lo puedan lograr. Entonces, dejamos planteada la inquietud de incorporar un capítulo específico con relación al tema con estos ejes.

Por su parte, creemos que esto tendría que ser considerado en el capítulo IV, cuando se refiere a la interinstitucionalidad. Concretamente, el artículo 11 se refiere a la articulación de la coordinación entre los distintos entes para llevar adelante los programas. Es importante aquí señalar también el tema de la promoción y la prevención. La idea es favorecer la protección de la salud mental, a efectos de que la articulación no quede solo vinculada a la atención y a la respuesta a la población más grave, sino también a la promoción y prevención.

Otro tema de preocupación para nosotros es cómo se puede favorecer la implementación. Creemos que este cambio necesitará un fuerte liderazgo porque habrá cambios necesarios de estructura, de procedimientos en la atención y en las competencias del personal de atención. Por lo tanto, consideramos que para liderar el proceso de cambio que se proyecta se debe elevar la jerarquía del área programática de salud mental del Ministerio de Salud Pública, en lo que hace específicamente a las tareas que van a tener que ver con el modelo de atención en salud. En este sentido, hemos pensado en un departamento de salud mental o su equivalente –quizá haya que pensar en lo que correspondería–, tomando disposiciones que aseguren la disponibilidad de recursos humanos y presupuestales que permitan el cumplimiento de dicha función y el diseño e implementación del plan de salud mental que mandataría la ley. Llevar adelante el diseño y la implementación del plan requerirá de esfuerzo, presupuesto y herramientas para poderlo hacer. Precisamente, hemos conversado mucho sobre este tema de que las herramientas con las que cuenta hoy el sistema depende mucho del presupuesto.

Uno enseguida piensa en ASSE, en qué va a necesitar para poder implementar estos cambios, que no tienen que ser solo para el sector público sino para todo el sistema de salud. Esto requiere que el ministerio tenga también la posibilidad de emplear las herramientas con que cuenta en el Sistema Nacional Integrado de Salud para impulsar estos cambios.

Por esto planteamos que para que esto se pueda dar tendría que haber, en este período, un fortalecimiento del área programática de salud mental y que, de alguna manera, este podría ser un aspecto mencionado en la ley.

Con respecto a esto hay otro tema que queremos abordar. Si bien se establece que «Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud mental públicos y privados», nos parece que aquí debería hacerse referencia, simplemente, a los servicios de salud públicos y privados; esto también está puesto en el documento de las sociedades. Es por esto que decíamos que aquí no estamos hablando solamente de la atención especializada sino de una transformación de todo el sistema.

Además, el cumplimiento de todas las disposiciones que aseguren el desarrollo de estrategias de protección y promoción de salud mental de la población y el respeto a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, exigen acciones de otros sectores institucionales y sociales que no pertenecen al sector salud, y el presente proyecto de ley no plantea disposiciones al respecto.

Entonces, nos parece que habría que pensar desde dónde se va a liderar esto con relación a lo que puede ser la acción intersectorial.

Actualmente permanece vigente la Ley n.º 11139, de 16 de noviembre de 1948, que creó el Patronato del Psicópata, estableciendo en su dirección una comisión honoraria y otorgándole, como finalidades, proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia hospitalaria y externa, velar por la salud de sus familiares, etcétera. Me estoy refiriendo a los primeros artículos de esa ley, que determinan las finalidades y potestades del patronato y de la comisión.

En el presente proyecto de ley no se establecen disposiciones en referencia a esa ley y consideramos que en el contexto actual es pertinente plantear la necesidad de revisar esto para que sea armónico y funcional a la nueva legislación de salud mental y se oriente a apoyar y a asegurar los cambios propuestos. Quiere decir que en esto nos parece que habría que generar un ámbito de revisión. No es que vayamos a proponer lo que hay que hacer, más allá de que podamos tener alguna idea al respecto, pero sí señalamos que es un tema que nos parece que hay que ponerlo a discusión porque, en realidad, por la época en que fueron creados el patronato y la comisión tienen, para empezar, una integración específicamente centrada en la salud del sector público. Estamos hablando de un ámbito de discusión que permita revisar esto respecto al enfoque intersectorial del tema respecto a lo que pueden ser las competencias que tenga.

Respecto al rol y a las responsabilidades de la Facultad de Medicina, podemos decir que esta ha revisado sus planes de carrera y consideramos que dichos cambios se deben profundizar para adecuar los perfiles de egreso, de grado y de especialidades a las necesidades de competencias específicas para implementar el cambio de modelo de atención en salud mental, que es lo que planteó el decano cuando habló hace un rato. En este sentido es que este grupo de trabajo que se ha formado está, justamente, revisando y planificando posibilidades con relación a esto, en lo que tiene que ver con la revisión de las competencias de egreso del médico general y, en particular, del médico de familia en cuanto a la posibilidad de dar respuesta, desde el primer nivel de atención, a gran parte de esta problemática. Aquí nos referimos a todo lo concerniente a la promoción y prevención, pero también a lo que hace a la revisión del modelo en la formación de los especialistas. Así como a nivel de la carrera de Medicina ha habido una revisión del plan, también lo ha habido a nivel de las especialidades. En lo que es, en particular, la formación del especialista en psiquiatría, el año pasado se empezó a implementar un nuevo plan de formación que contempla, en parte, a algunos de estos aspectos necesarios, pero también hay otros temas en los que vamos a tener que continuar en los cambios.

Existe algo que nos parece muy importante y que va estrechamente ligado al tema del cambio del modelo de atención y la creación de nuevas estructuras, y es que en la formación, tanto del médico general como en la del especialista, se prioriza la formación en estrecha relación a la práctica en los servicios de salud. Por lo tanto, la transformación y diversificación de las estructuras de servicios son imprescindibles para que también se formen recursos humanos adecuados a las necesidades.

Por otra parte, como institución académica, es nuestra responsabilidad la generación de conocimiento que aporte a este proceso. En particular, queremos resaltar la investigación aplicada a la evaluación y validación de terapéuticas y prácticas profesionales que aporten a la mejora de la calidad de atención.

En este proceso también resulta imprescindible la generación de ámbitos de aprendizaje que integren la interdisciplina desde la formación de grado en la especialización y en las estrategias de formación permanente de recursos humanos. Con este fin se propuso la formación de este grupo de trabajo entre las disciplinas de salud mental que integran las carreras de facultad y de otras facultades, planificando la inclusión de un nuevo modelo de atención de salud mental en las materias optativas y la creación de un certificado sobre el abordaje integral de pacientes niños, adolescentes y adultos con trastornos psiquiátricos en una perspectiva desde el nuevo modelo de atención.

Por último, nos parece que el actual escenario de diseño y planificación de la recertificación médica puede implicar una importante oportunidad en este sentido.

SEÑORA PRESIDENTA.- Vamos a solicitarles que nos envíen el material –que sería complementario al de la Sociedad de Psiquiatría–, que nos pareció oportuno. Cuando los recibimos sabíamos que había una complementación en el planteo y fue por eso que nos pareció acertado también tener a los representantes de la Facultad de Medicina para tratar este tema.

Queremos agradecerles y, además, decirles que a veces nos cuesta y pensamos que este proyecto de ley refiere solo a la salud mental, pero en el propio nombre del proyecto de ley, se hace referencia a su regulación en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. O sea que, justamente, estamos trabajando en la mirada que ustedes están planteando, que lo vemos así, y que en el marco interinstitucional –que lo marca la propia ley–, precisamente, va a articular con varios organismos. Varias cosas de las que están planteando debemos tenerlas en cuenta y consideramos que el proyecto de ley también debe indicarlas.

SEÑOR GARCÍA.- Quiero agradecer a la delegación por haber concurrido a la comisión. Los felicito por el completo informe que nos han brindado; seguramente sea porque la mayoría de sus integrantes son mujeres.

(Dialogados).

Quisiera hacer una pregunta a la delegación: en el contexto de la ley, tomando como base el proyecto de ley, ¿cómo ven el papel del psiquiatra?

¿Cómo ven como psiquiatras, el papel que ustedes desempeñan en todo este proceso? Y, sobre todo, cómo lo ven también en lo que son las responsabilidades médicas intransferibles, lo que son actos médicos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Aprovechemos para que el señor senador Agazzi formule su pregunta, así los invitados pueden responder ambas.

SEÑOR AGAZZI.- Quisiera hacer una pregunta. Tenía otras consultas para hacerles, relacionadas con los artículos 9 y 10, pero ya fueron respondidas.

Me alegra mucho que la Facultad de Medicina se esté adelantando y que ya esté incorporando la formación de los profesionales para el sistema que se viene. De esta forma, evitamos

repetir lo que sucedió con el Sistema Nacional Integrado de Salud, donde tuvimos un sistema aprobado por ley, pero los profesionales eran formados con el viejo sistema de salud. Me parece que está muy bien lo que están haciendo.

Quiero consultarles dos cosas. Una de ellas es si ustedes pueden decirnos –y esta es una pregunta fea–, dando alguna pincelada, cómo ven lo que está sucediendo con la siquiatría en el país. ¿Qué está pasando en estos momentos?

(Dialogados).

–Como ellos están en el tema, quizá puedan decirlo sencillamente. Ustedes tienen la palabra. Digo esto porque me aflige ver algunas cosas relacionadas con la conducta de los ciudadanos en lo que está sucediendo en el país. Me parece que estamos cambiando. Creo que hay cambios significativos importantes en la conducta de los ciudadanos. Como nosotros vamos a tener que enfrentar, a través de un nuevo sistema, esos problemas que tiene nuestra sociedad, tratando de prevenir –y les pido que me recomienden algo para leer del trabajo que hicieron ustedes–, me gustaría saber qué está pasando con las enfermedades psiquiátricas en el país en este momento. Yo trabajé bastante en algunos temas que son bien complicados, por ejemplo: cómo se modifica la conducta de los ciudadanos en las situaciones de crisis por sequías graves y prolongadas. Y descubrí que la modificación de la conducta de los ciudadanos que se da en estos años es bastante distinta a la que se daba en otros momentos. Pero no sé nada de eso. Traté de obtener apoyo y de encontrar los profesionales que pudieran trabajar para tener un aparato de prevención y de comunicación en esas situaciones de crisis, porque ahora tenemos la capacidad de hacer eso, por otros motivos. Sin embargo, no pude organizar nada.

Entonces, me aflige qué está pasando con el desarrollo de las enfermedades psiquiátricas en estos años en el Uruguay. Es un tema que me interesa mucho, porque si uno pretende prevenir un tipo de enfermedades en la sociedad y va a tener dispositivos nuevos, tiene que entender bien sobre qué está trabajando y cuál es la realidad.

Por otro lado, las enfermedades mentales son un negocio, y hoy hay gente que gana mucha plata con las enfermedades mentales. Entonces, en este tema no quiero que nos pase lo que nos ocurrió con los anestésico-quirúrgicos. Yo les quiero preguntar quiénes se van a oponer a esto y qué hay que hacer para ir curándonos en salud; perdonen que se los diga de esta manera. Ahora hay nuevas normas; la ley dice específicamente que no se va a fijar el tiempo de internación, porque eso tiene que ser determinado técnicamente según la situación de los pacientes. Hoy no es así. Pero ese es un pequeño detalle, que conozco de casualidad. ¿Qué va a suceder con el negocio que hay ahora cuando pasemos de la mercantilización de la salud mental a un sistema integrado, en el que van a tener obligaciones el prestador público y los prestadores privados? Lo planteo porque quiero saber de antemano quiénes van a defender el orden actual.

SEÑOR TOMASINA.- No voy a responder las preguntas específicas de psiquiatría o los aspectos que planteaba el señor senador García en relación al rol del psiquiatra, pero entiendo que es una especialidad que va a trabajar en equipo y va a estar, quizás, atendiendo en un segundo o en un tercer nivel. Tal vez sea más lógico que el médico de familia o el pediatra, que son los que trabajan en el primer nivel de atención, articulen con los otros niveles la atención de los temas más frecuentes, que serán parte de la formación. Pero ese es un aspecto que es específico; simplemente estoy opinando de manera general.

En cuanto a los cambios vinculados a otros aspectos a los que hacía mención el señor senador Agazzi, nosotros tenemos desde la facultad una posición histórica en cuanto a cómo entendemos la lógica de ordenar los recursos en el sector salud. Digo «histórica» porque recuerdo un Claustro de 1985, cuando se recuperó la autonomía universitaria, que planteaba la necesidad de un sistema nacional de salud –esa era la terminología que se manejaba en aquel momento–, rompiendo con la dinámica del mercado, que es perverso. Hay distintos países que han transitado por este camino, pero la reforma británica, quizás, es la histórica.

SEÑOR CARÁMBULA.- El señor decano hace mención a ese documento de 1985 y recuerdo la inclusión del tema de la salud mental por el después profesor Ginés. Entonces, quiero hacer un homenaje a lo que fue en aquel momento la visión holística que el señor decano planteaba inicialmente.

SEÑOR TOMASINA.- Entonces, la postura de la Universidad –y, en particular, de la facultad– es que estas funciones necesarias para garantizar el derecho a la salud tienen que estar regidas por el Estado. Esa es una posición que está desde esa época, pero aclaro que hablamos de que debe ser regida por el Estado y no de que los efectores deban ser estatales. Este es el camino que han transitado otros países al construir sistemas nacionales de salud. El sistema británico tal vez siga siendo el paradigma, pero también está el canadiense, y todos intentan romper con la dinámica del mercado. Es muy real que el mercado es muy dinámico, que dinamiza la sociedad, pero desde una lógica que no es garantista para el derecho a la salud.

En este sentido, en la medida en que se profundicen y regulen las prestaciones del sistema, entrarán dentro de la canasta de atención a la salud, en la lógica asegurada por el Fonasa o el seguro financiero. Nosotros estamos construyendo en esa lógica y la facultad ha hecho hincapié históricamente en los valores humanos, humanísticos. Obviamente, fallas existen en todos los colectivos profesionales, pero esa es la lógica con que trabajamos en la formación.

El nuevo plan de estudios, operado a partir del 2008, tiene un cambio importante en ese sentido. Recién tenemos la primera cohorte de estudiantes –porque la carrera lleva siete años– con ese enfoque en la atención primaria de la salud y creo que va a ser una contribución muy importante. Inclusive, hay un germen de esta idea –y no precisamente en Montevideo, sino en el interior–, ya que desde hace dos años tenemos un ciclo inicial optativo –CIO– en Salto y Paysandú que es común al área de las carreras de salud. Entonces, este ciclo inicial permite la diversificación posterior en distintas carreras, entre ellas la de medicina y creo que eso también apunta al cambio de paradigma que mencionaba la profesora Romano, en el sentido de que es necesario el trabajo interdisciplinario, del equipo, y no la mirada solo del médico. Por ejemplo, allí se forman psicomotricistas, fonoaudiólogos y terapistas ocupacionales, es decir que hay una gama de perfiles en el equipo de salud que hace también al cambio. En el paradigma tradicional, medicalizado y muchas veces criticado por la mirada desde esa lógica, el equipo casi no existía y el que estaba era el médico. Eso ha sucedido en la mayoría de las especialidades, pero en el caso de psiquiatría estaba el psiquiatra como único eje. Me parece que la lógica que están planteando –y la que estamos planteando en la facultad– cambia los ejes de la atención.

SEÑORA BOCCHINO.- Me gustaría aportar algo en cuanto a lo que preguntaban los señores senadores García y Agazzi respecto a cómo vemos los psiquiatras este tránsito.

Creo que no solo hay que verlo desde una perspectiva integral y globalizadora –como señalaba el decano–, sino que hay que tratar de que vaya avanzando por etapas. Por ejemplo, por más que quisiéramos, no podríamos cerrar las colonias hoy, porque no tenemos dónde alojar a los pacientes. Es decir que ese proceso tiene que ser gradual, con una perspectiva gradualista.

Lo mismo sucede con el cambio en el modelo de atención, ya que hay que poner el acento en el Sistema Nacional Integrado de Salud, que es de complejidad creciente. Creo que tenemos que empezar a trabajar en ese sentido, ya que la formación de los recursos es ineludible para la facultad y la escuela, y debe apuntar a que sean capaces de desenvolverse en este nuevo modelo de atención.

Hemos hecho ajustes, como es el caso del programa del especialista en psiquiatría –estoy hablando del especialista, no del pregrado–, que está en el segundo año de ejecución y, justamente, ha cambiado radicalmente el programa previo, poniendo mayor énfasis en rehabilitación y psicoterapia. Tal como decía el señor senador Carámbula, no sólo fue el profesor Ginés quien tuvo una visión globalista, sino que en el Hospital de Clínicas empezó a funcionar un programa de psicoterapia gratuito en el año 1986. Esto que después fue propuesto para el sector público y también para el privado, nosotros ya lo teníamos muy aceitado, porque desde 1986 tenemos equipos que brindan psicoterapia gratuita a los pacientes que ingresan a la policlínica psiquiátrica.

Entonces, repito que debemos ajustarnos a los cambios, pero no podemos hacerlo de una manera atropellada, sino gradual. En ese mismo proceder gradual iremos aprendiendo de nuestras propias carencias o de las cosas que debemos perfeccionar a medida que vayamos trabajando, con lo que sin duda nos iremos enriqueciendo.

SEÑORA ROMANO.- Quiero hacer algunos comentarios, uno de los cuales está vinculado al rol del psiquiatra. Al respecto, pienso que hay dos miradas en esto, que son la del rol en la prestación del servicio o en la atención directa y el rol en el equipo. Gran parte de lo vinculado con el cambio de modelo implica poder trabajar en el contexto del equipo, aportando experticia desde cada disciplina. Esto implica, por ejemplo en el tema del primer nivel de atención, la generación de espacios de cooperación entre ese primer nivel y el especializado; esta es una de las grandes trabas que hemos tenido al momento de dar respuestas a las necesidades de la población. Nos cuesta mucho crear espacios que funcionen en la articulación y en la cooperación de la atención. De alguna manera, esto nos cambia la forma de proceder a todos. Sin dudas, hay una parte del hacer que es intransferible y hay otra que es transformable y compartible.

Con respecto a lo que tiene que ver con el cambio de la problemática que se presenta, creo que hay aspectos que están muy ligados a los fenómenos sociales y, en esta materia, muchas de las respuestas tienen que ver no sólo con el sector salud, sino con lo intersectorial. Estaba pensando en lo que pueden ser las respuestas a situaciones de desastre, como las que hemos vivido en los últimos meses en algunos lugares del país. Una gran parte de las respuestas de protección surge del fortalecimiento de las capacidades comunitarias. En este aspecto, el sector salud tiene un rol para desempeñar, pero también es importante que ese rol se juegue con otros. En este sentido, tal vez no me referiría a lo que pasa con la psiquiatría, sino con la salud mental y, sencillamente, con la salud en determinadas situaciones.

Quisiera hacer un último comentario con relación al lugar del que partirán las resistencias al cambio. Creo que un aprendizaje muy importante surge en el año 1986 con el plan de salud mental, que se realizó en el contexto de la salida de la dictadura y de una movilización social muy fuerte en un enfoque de derechos. Estamos hablando de un plan de salud mental que sigue vigente. ¿Qué nos pasó? Se pudo implementar poco y casi exclusivamente en el sector público. Entonces, eso es un aprendizaje que nos permitirá saber dónde van a estar los escollos.

Con respecto a los 30 días, creo que es algo innegociable. A nadie se le ocurre pensar que un diabético puede atenderse 30 días en un año, sin embargo, los pacientes psiquiátricos sí pueden estar internados por 30 días. Si vamos a hacer una ley de salud mental y de derechos humanos en este punto no puede haber plazos. Creo que si hacemos los cálculos no va a ser tan caro para las instituciones.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos la presencia.

(Se retira la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica y de Adultos).

(Ingresa la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental).

–La Comisión de Salud Pública tiene el gusto de recibir a la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental integrada por Maris Pérez, Adriana Celery, Elisa Armendáriz, Hugo Achugar, Rodolfo Schicke y Homero Peyrot. Antes de darles la palabra, les pedimos disculpas por la demora en recibirlos, pero como teníamos que a varias delegaciones por el mismo tema por el que ustedes fueron convocados, nos parecía importante su participación, ya que son organizaciones de

familiares que están trabajando desde hace mucho tiempo en distintos estamentos del Estado y han realizado aportes en las distintas comisiones del Poder Legislativo. Por tanto, desde ya les agradecemos la presencia y el trabajo que han estado desarrollando.

SEÑORA PÉREZ.- Buenas tardes y muchas gracias por recibirnos. Para nosotros realmente es muy valioso que nos escuchen.

Antes que nada soy mamá; también integro la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata a la que ojalá en breve se le cambie su denominación por lo estigmatizante que resulta. Represento allí a los familiares y ocupo el cargo de secretaria general. A su vez, integro el consejo federal de Caminantes que es una federación nacional de organizaciones de grupos de familiares por la salud mental.

Si bien cuando se habla de salud mental se considera una terminología abarcativa, sin pretender hacer de ello una definición, nos hemos focalizado en los trastornos mentales severos y persistentes, fundamentalmente porque los hemos vivido. El conocimiento que trasmitimos va más allá de cualquier libro, parte de nuestra propia experiencia.

Cuando pensamos en Caminantes –fundada aproximadamente en el año 2005–, quisimos unir fuerzas y esfuerzos para una lucha que entendíamos, en aquel momento, bastante desigual. Las familias y las personas sufrientes de trastornos mentales severos nos sentíamos sumamente desprotegidas, aisladas y en soledad. Encontrábamos que no obteníamos respuestas por convenios internacionales y a los familiares no se nos escuchaba. Tampoco hallábamos una solución a los desafíos que trascendían nuestras puertas y que iban mucho más allá de lo cotidiano, que no es fácil de sobrellevar. Hacia el afuera era importante aplicar la inclusión, pero esta no la podíamos desarrollar en solitario. Entendíamos que debíamos unir fuerzas y empezamos a pensar en cómo incluirnos en los diferentes ámbitos estatales. Es así que un papá, el señor Homero Peyrot, integra la CATP, la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública. También comenzamos a integrar la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata y, desde allí, Pronadis, Mides y gestiones en BPS.

Como comenzamos a sentir que esto debía tener una intervención más inclusiva, amplia y donde la palabra lucha tuviera más relevancia, empezamos a trabajar hacia el interior del país. Usamos dos estrategias –respetando la parte geográfica, cultural y la demografía–, por un lado, incluimos a los familiares dentro de las comisiones departamentales y, por otro, formar grupos de familiares tratando todos nosotros de hacer un enfoque en red para que el trabajo sea una construcción colectiva real. No creemos en conceptos fragmentados y es algo que el espíritu de la ley propone y con la que estamos muy de acuerdo.

Si hablamos de salud mental, ¿por qué no hablar de salud integral si somos un todo? Si hablamos de abordajes en salud mental –más allá de las características particulares–, por qué no hablar de abordajes interdisciplinarios, interinstitucionales, colectivizando, sensibilizando y concientizando a la sociedad, porque los trastornos mentales son algo más que un diagnóstico.

Nosotros, en el aprendizaje como familiares, aprendemos con ellos justamente a no visualizar la parte clínica, sino la persona. Sabemos que hay potencial y posibilidades, pero lo que muchas veces necesitamos son oportunidades.

Percibimos desde lo colectivo que fragmentar implica muchas veces desigualdad y esta lleva a lo que no es justo. Nosotros queremos y creemos que las personas con trastornos mentales y sus familias tienen derechos que todavía no han sido reconocidos. Seguimos luchando contra el estigma, el aislamiento, la soledad y la falta de respuestas. Creemos que la ley realmente responde en gran parte a muchas de nuestras necesidades y desafíos. Pensamos también que una sociedad sana, es más justa y por eso proponemos que el nombre de la ley sea: «Ley de salud mental por derechos humanos, inclusión social y no al estigma».

Gracias.

SEÑOR PEYROT.- En este momento presido el Consejo General de Caminantes y, al mismo tiempo, la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

Quisiera destacar el proceso democrático y participativo con el que fue redactado el documento base del proyecto de ley de salud mental o como se ha dicho recién, «Ley de salud mental por derechos humanos, inclusión social y no al estigma».

Para tal fin el ministerio invitó a casi treinta instituciones vinculadas al área de la salud mental –entre las cuales participó Caminantes– que elaboraron las bases del anteproyecto de ley buscando consensos en todos los temas, dándole una riqueza y fortaleza únicas que merecen ser tenidas en cuenta.

Sería fundamental lograr la pronta aprobación de esta iniciativa que permitirá abocarse a la redacción de su reglamentación y posterior plan de acción por parte del programa de salud mental.

Destacamos que este proyecto está redactado desde la óptica de los derechos humanos de las personas que padecen algún trastorno mental, lo cual es un gran avance por todos esperado. Pero la lucha que nos espera es contra el estigma instalado en nuestra sociedad que no se vence con la ley, sino que implica trabajar en la difusión de la información a toda la sociedad y en la formación de profesionales, técnicos, funcionarios y familiares para lograr una mayor sensibilidad hacia el padecimiento de las personas con trastornos de su salud mental. Del mismo modo reivindicamos la necesidad de que la salud mental se incorpore al concepto de salud integral en la sociedad y para ello habría que dedicar grandes esfuerzos en la prevención y calidad de vida de la comunidad. Compartimos plenamente que la atención de la salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios como el que establece el artículo 19, así como lo referido a la hospitalización involuntaria de una persona que sufre una crisis con riesgo grave de daño inmediato o inminente, para sí o para terceros –de acuerdo con el artículo 30–, que no puede esperar a que se reúna un equipo para tomar una decisión urgente. En ese sentido, bastaría con la decisión de un médico psiquiatra y otro facultativo para que, posteriormente, actúe el equipo disciplinario y se garanticen los derechos del paciente, tal como lo dice el literal b) del artículo 31.

Precisamos que cada persona sea tratada como tal y se tenga en cuenta a su familia durante su recuperación. Luego de una primera compensación será necesario que se encare su rehabilitación y se tenga en cuenta su derecho a una vida digna para buscar, en lo posible, su autonomía; se trata de una tarea permanente y no basta con darle el alta.

Concordamos también con el artículo 38, por el cual se prohíbe la internación en los establecimientos asilares y monovalentes, pero al mismo tiempo debería abrirse un período de transición que proporcionara alternativas y soluciones de vida para quienes están alojados actualmente en dichos establecimientos.

Con respecto al órgano de contralor al que se refieren el artículo 39 y siguientes, Caminantes entiende que debería tratarse de un órgano independiente y autónomo, con integración plural que contara con recursos necesarios y suficientes para cumplir sus fines sin impedimentos jerárquicos de ningún tipo.

Un tema que está presente en la opinión pública y tiene mucho que ver con una de las tareas que debe cumplir el órgano de contralor es el de evitar y combatir las malas prácticas y los abusos asociados a la aplicación de terapias como la electroconvulsión o la micronarcosis que, según la comunidad científica, solo corresponde aplicar en los casos en que los pacientes corren riesgo de vida o de que empeore su enfermedad –bajo consentimiento informado de la persona o de un familiar–, cuando los medicamentos ya no surten el efecto buscado. Sabemos que esto ha dado buenos resultados en algunas personas, pero en otras, no; cada caso es diferente, pero una cosa es el procedimiento terapéutico y otra, el abuso o la mala praxis.

Todos nos preguntamos qué va a pasar con nuestro familiar cuando ya no estemos. Esperamos que esta ley ayude a responder al dolor de no saber cuál será su destino. Nuestra Constitución señala que todos los ciudadanos tienen derecho a la salud, a la vivienda, a la educación y al trabajo; luchemos por su vigencia y aplicación efectiva en un mundo más solidario.

Muchas gracias.

SEÑOR ACHUGAR.- Como ya señaló la señora Pérez, somos representantes de la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental, somos familiares de uruguayas y uruguayos que sufren trastornos mentales severos. Por eso mismo quisiéramos hacer algunas sugerencias y preguntas sobre este proyecto de ley en cuya redacción participamos junto con otros grupos y el Ministerio de Salud Pública.

Entendemos que este proyecto de ley supone una base sustancial con respecto a la ley vigente de 1936, que respondía a una sociedad y a un conocimiento de estas enfermedades que ha sido ampliamente superado. Sin embargo, no ha sido superado el estigma y, si bien ninguna ley o ningún decreto le cambian la cabeza y el imaginario a los seres humanos, ayudan a comenzar los cambios. Después de todo, en el siglo XVI, en Europa, se embarcaba a los locos en un barco sin capitán, que quedaba a la deriva y se perdía en las aguas oceánicas. Así lo ha representado nuestro artista, Luis Alberto Solari, en su obra Los de siempre, con todo el dramatismo de esa situación y donde se evidencia que la solución consistía en desecharlos. Eran –y en cierto sentido lo siguen siendo– solo eso: seres desechables.

Hoy en día, junto a los trastornos mentales severos también está el consumo problemático de sustancias psicoactivas. A esto se refiere el artículo 5.º del presente proyecto de ley, pero sin mencionar una enfermedad particularmente grave que se conoce como patología dual.

Entendemos necesario nombrar las cosas por su nombre. Los casos de patología dual, donde existe una comorbilidad de patologías psiquiátricas con el consumo de sustancias psicoactivas, constituyen un número altísimo de los ciudadanos que esta ley que está a estudio aspira proteger. Me remito a la información que posee la Junta Nacional de Drogas desde hace años, donde se señala que solo en relación a los ciudadanos en situación de calle, el 70 % presenta patología dual. Pero esto no se limita a los uruguayos y a las uruguayas en situación de calle. Porcentajes similares se presentan en aquellos que son diagnosticados con trastornos mentales severos, aunque no vivan en situación de calle. En este mismo sentido, el artículo 40, en sus incisos b) y f) no incluye o no menciona a aquellas comunidades terapéuticas que se ocupan del consumo problemático de sustancias psicoactivas, pero que de acuerdo a datos de epidemiología que se conocen tanto en Uruguay como a nivel internacional, atienden también casos de patología dual. Este artículo y los incisos mencionados se refieren al control y supervisión de instituciones de salud mental. Creemos que deberían, explícitamente, mencionarse los casos de patología dual en todos los servicios públicos y privados.

La patología dual ingresó hace pocos años en los procesos de formación de profesionales y técnicos de la salud mental y su desconocimiento está afectando la atención de nuestros ciudadanos que padecen de esta doble patología, que exige tratamientos particulares.

Por otra parte, nos preocupa algo –y quisiéramos saber qué piensan los miembros del Senado, y en particular de esta comisión– respecto del artículo 12, referido a la capacitación e inserción laboral, sobre todo su inciso a), donde se establece textualmente: «La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona». Nos preguntamos: ¿por qué no se cumple con lo establecido en la Ley n.º 18651, referente al acceso al trabajo de las personas con discapacidad, y le otorga un 4 % de las vacantes de los cargos en el Estado, aunque el número de personas con todo tipo de discapacidad es mucho más que el triple? Y también nos preguntamos: ¿qué quiere decir este proyecto de ley cuando afirma «ajustada al perfil»? ¿Quiere decir que en los concursos se le aplican los mismos test psicológicos que al resto de la población y no se aplica lo de «ajustada al perfil»? Eso no está ocurriendo. No se ajusta al perfil de las personas con trastornos mentales severos. ¿Qué va a hacer la Oficina Nacional del Servicio Civil o Uruguay Concursa con el perfil de las personas con trastornos mentales severos? ¿Es acaso mucho trabajo o tema de discriminación de quienes tienen la responsabilidad de la gestión de estos concursos?

Tampoco se contempla el tema de la escolaridad, teniendo en cuenta que por su propia enfermedad en muchos casos no llegan a concretar el bachillerato y quedan con un par de materias sin terminar, o acaso un par de años de los que en mis tiempos se llamaban preparatorios.

Para terminar, en el artículo 11 no se nombra explícitamente al BPS, y este organismo tiene grandes y graves implicaciones en el tema y en el espíritu de esta ley. No me refiero solo al tema de las pensiones y los absurdos varemos o consideraciones socioeconómicas que se establecen para otorgarlas, sino a todo lo que hace a la solidaridad intergeneracional para aquellos ciudadanos menos favorecidos de que hablara Artigas.

No voy a reiterar lo dicho por mis compañeros, pero como cierre quería reafirmar la necesidad de que esta ley comience el camino de combate al estigma de los uruguayos y las uruguayas con trastornos mentales severos. El impulso hacia la desmanicomialización en nuestro país es impostergable, aunque seguramente lleve tiempo. Hoy frente a ustedes venimos a hablar con el conocimiento y la formación que años de estigmatización y de sufrimiento –tanto de nosotros como de nuestros familiares– nos han dado. Somos doctores en estos temas. El título y el derecho a reclamar en favor de nuestros familiares nos lo han dado años de lucha contra prácticas, regulaciones y protocolos. No hablamos como familiares de locos, sino que venimos antes ustedes como ciudadanos que conocen el sistema, las instituciones, las prácticas sociales y profesionales.

Quedamos a disposición de esta comisión –y, cuando sea oportuno, de la comisión respectiva de la Cámara de Representantes– en caso de que ustedes consideren necesario escucharnos.

Gracias por ayudar a que este proyecto de ley se apruebe y se atiendan nuestras inquietudes y sugerencias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Todo lo dicho ha quedado registrado en la versión taquigráfica; si lo estiman del caso, podemos adjuntar el material que nos han proporcionado.

Sabemos de la sensibilidad y también nos constan la participación y el trabajo específico que tuvieron en el proyecto de ley. También sabemos que contamos con ustedes en todo lo que puedan acercarnos a la comisión o para evacuar alguna duda que nos surja. Les agradecemos enormemente.

SEÑOR AGAZZI.- Me sumo a los agradecimientos de la señora presidenta de la comisión.

Cambiar esto no va a ser changa, porque viene de muchos años, la ley es un papel escrito y después a esto hay que darle vida con gente, de lo que ustedes o las organizaciones que representen van a ser parte.

Sé que ustedes participaron aportando elementos, al igual que mucha otra gente en la elaboración del proyecto de ley. Nosotros estamos recibiendo a las delegaciones para escuchar sus puntos de vista. La verdad es que nos vienen muchos aportes.

Quiero hacer una pregunta aprovechando que el señor Peyrot integra el Programa Nacional de Salud Mental. En el proyecto de ley encuentro algo que me llama la atención –por algo será–, concretamente el capítulo III, «Autoridad de aplicación». O sea, quien tiene que aplicar la ley, tiene dos artículos: dice que le compete al Ministerio de Salud Pública y que este elaborará un Plan Nacional de Salud Mental, que es lo que hay hoy. Eso es lo que dice, reitero, en «Autoridad de aplicación».

Sin embargo, en cuanto al órgano de contralor hay siete artículos y dice los cometidos, la composición, el cuórum, etcétera. O sea, parecería que está mucho más amplio y con más detalle el órgano de contralor.

Entonces, quiero preguntarles, en función del conocimiento, de la experiencia y de la visión que ustedes tienen, cuál es la opinión que les merece el artículo 8.º sobre el Programa Nacional de

Salud Mental. Se nos ha dicho en la comisión que esto debería tener una jerarquía importante del Ministerio de Salud Pública, con un liderazgo claro, porque el cambio va a ser complejo, va a dar mucho trabajo y va a involucrar a mucha gente. Por lo que dice aquí, la rectoría es del Ministerio de Salud Pública y este elaborará un Plan Nacional de Salud Mental, pero no dice quién va a ser el responsable de que eso camine. Ni siquiera dice quién conduce ese programa. En este proyecto de ley no lo dice; quizás lo hace en otras instancias que desconocemos.

Después, con respecto al órgano de contralor –que comprende varios artículos–, dice que tiene como cometidos controlar, supervisar, requerir información, inspeccionar el cumplimiento de la ley, pero no ubica mucho cuál es el poder jurídico de esta instancia. O sea, hace todo eso, ¿y después qué? ¿Qué hace el órgano de contralor con el trabajo que aquí está definido? ¿Quién resuelve?

Quizá esto tuvo mucha discusión, pero nosotros leemos papeles fríos. Por lo menos, quiero que ustedes nos digan cómo lo ven, incluso si piensan que hay que modificarlo o mejorarlo.

Es lo que quería saber.

SEÑOR PEYROT.- Voy a tratar de contestarle, pero no tengo todas las respuestas.

Hasta ahora el ministerio ha sido el organismo que ha regulado y controlado a los prestadores de salud mental: ASSE –que es el prestador de salud pública– y las instituciones de asistencia colectiva, que son las mutualistas. Después hay otros organismos como la Junasa o la Judesas que cumplen sus roles. El ministerio, por ejemplo, tiene un equipo de inspectores y una de sus funciones consiste en visitar los establecimientos y las casas de salud para habilitarlas. Hace acuerdos con ASSE o las mutualistas para fijar la cápita que se le paga a cada una según los socios o las personas que atiendan. El Plan Nacional de Salud Mental es el que regula y establece los protocolos que deben cumplir las instituciones que prestan los servicios de salud.

Hasta hace cuatro o cinco años las instituciones privadas prácticamente no tenían prestaciones en salud mental. Eso lo reguló el ministerio y empezaron con prestaciones mínimas, que es lo que está funcionando ahora.

Con respecto al órgano de contralor, hasta ahora el órgano de defensa de las personas en el tema de la salud mental ha sido la Inspección del Psicópata, que lleva un nombre complicado. Está ejercida por una comisión y la parte ejecutiva la lleva a cabo un médico psiquiatra encargado de todo el país. Entonces, si una persona tiene problemas con un familiar porque no es atendido como se debe o tiene un problema equis, recurre a la Inspección del Psicópata. Esa función, que es mucho más abarcativa desde el punto de vista de los derechos humanos según el proyecto, la llevaría a cabo el órgano de contralor y quien decide en el órgano de contralor es esa comisión plural que está indicada en uno de los artículos. Todo el resto, que no conozco, va a depender de la reglamentación.

SEÑOR ACHUGAR.- Creo que lo fundamental ya lo dijo Peyrot, pero quería insistir, a riesgo de reiterar, un par de aspectos muy simples y gruesos. Con respecto al órgano revisor, entendemos que es difícil ser juez y parte. Compartimos cien por ciento los conceptos que vertió el ministerio y en especial –si no me equivoco– el Director de Salud Mental, doctor Ariel Montalbán, que planteó la filosofía del no a las instituciones monovalentes, sino hospitales integrales donde se alojen salas con pacientes con trastornos severos. Si esto no ocurre, como ya sucede en algunos departamentos, este u otro ministerio, quizás –por estar sobrepasado de trabajo–, no pueda controlarlo. Sin embargo, hay lugares de excelencia en el país, como Tacuarembó –un lujo y un orgullo para el Uruguay–, donde no necesariamente se sigue este criterio ni se manejan los hospitales de esa manera, como lo mencionaba el doctor Porciúncula.

El doctor Montalbán, por ejemplo, dirigió el Hospital Maciel con salas de enfermos mentales y creo que todos los hospitales del país –públicos y privados– deberían hacerlo.

En definitiva, con respecto a la autoridad del ministerio –si controla todo– en el caso del órgano revisor, la concepción de juez y parte debe ser reconsiderada. De acuerdo con lo que he leído

de otras delegaciones que han asistido a la comisión y lo que al salir me decían algunos miembros de la institución de derechos humanos, hay unanimidad o cuasi unanimidad de las delegaciones que se han manifestado sobre este punto.

SEÑORA PÉREZ.- Quiero acotar algo más con respecto a lo manifestado.

Desde el momento en que tenemos un Sistema Nacional Integrado de Salud hay algo que los familiares realmente vivenciamos todo el tiempo: todavía seguimos hablando de salud pública y privada, de prestaciones que se dan en una y no en la otra, de la lucha continua y permanente de servicios y prestaciones que están previstas, pero que no se respetan. Eso termina hablando –como sintéticamente traté de decirlo– de desigualdades, de no justicia, de fragmentación, porque estamos hablando de un nuevo modelo integral de salud mental, y sin embargo aún seguimos con esas conceptualizaciones.

Queremos colonias que hoy están integradas y trabajamos con los familiares en todo un modelo diferente a lo que es el modelo asilar. Justamente es lo que tratamos de ver y visualizar. No se ha entendido que los prestadores de salud tienen que integrarse en las políticas integrales de salud, logrando un aporte psicoterapéutico en una mutualista, con 30 días de internación –con lo que venimos luchando hace más de 20 años– y terminamos en el sistema asilar u hospitalario, sin otro recurso que aceptar lo que nos dan, porque si hay una crisis o una internación no tenemos más remedio que aceptarla; pero no es lo que debería ser ni lo que queremos ni aceptamos.

SEÑOR PEYROT.- Durante la presentación nos olvidamos de comentar que hay 20 asociaciones de familiares –algunas en formación– que estamos trabajando en conjunto en todo el país.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nos consta que ello es así, tal como figura en la documentación que nos han dejado y que anexaremos a la versión taquigráfica.

SEÑOR AGAZZI.- El tema de cómo se compone el organismo de contralor ha sido motivo de la opinión de todos. Dicen que no se puede ser juez y parte en el órgano de contralor.

Ahora bien, al respecto quiero hacer una referencia. El órgano de contralor tiene ocho miembros y, en realidad, los representantes del Ministerio de Salud Pública son dos. O sea que están en absoluta minoría. Los demás son representantes de otros organismos como la Universidad de la República, organizaciones representantes de los trabajadores, de las personas con enfermedades mentales y de sus familiares.

Incluso, cuando se adoptan resoluciones, está previsto –por los números de la votación– que, en realidad, siempre tienen que participar estas otras organizaciones, más allá de que quién la presida. No quiero discutir las posiciones que ustedes traen, solo quiero decir esto: creo que cuando esto se escribió ya se partía de la base de que quienes lo integren en representación del Ministerio de Salud Pública tienen que ser minoría. Tiene que haber un cogobierno de todos los actores.

SEÑOR ACHUGAR.- Seguramente nadie va a tener mejores ideas, pero no puedo dejar de reaccionar. Hay dos detalles. Uno es que se plantea que el órgano no esté dentro de la órbita del Ministerio de Salud Pública. Como el señor senador sabrá mejor que yo, existen ministerios, entes autónomos, entes desconcentrados y descentralizados. Nosotros estamos pensando más en los descentralizados que en los desconcentrados. En eso hay matices y los señores senadores conocen muy bien la diferencia. Básicamente, ese es el punto. No se trata de que no estemos representados. De hecho, todos estamos participamos y se llegó a la ley por consenso; pero los consensos a veces son parciales.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estuvimos en algunas de las reuniones en las que se elaboró la ley y en ese punto no hubo acuerdo para decidir si iba a estar dentro o fuera del ministerio. Eso es parte de nuestro debate y del trabajo que venimos desarrollando con los distintos aportes que recibimos. Se puede buscar alguna figura. Eso dependerá de la habilidad de los legisladores, del aporte que nos hagan ustedes y de la consulta que se eleve al Poder Ejecutivo. Ese fue el único punto difícil dentro de un proyecto que fue muy arduo, pero como había tantas representaciones creo que haber llegado a un

acuerdo no es poca cosa. Justamente, me parece que vamos a tener que elaborar ese punto. Como decía el señor Achugar, ese fue el punto de quiebre y donde no hubo acuerdo.

SEÑOR PEYROT.- En mi intervención anterior puse de manifiesto que nosotros habíamos llegado a un acuerdo después de discutir bastante los pro y los contra. Pensamos que lo mejor sería que hubiera un órgano independiente, autónomo, que pudiera funcionar sin que hubiera ninguna duda de que las decisiones no fueran a ser ecuánimes o que estuvieran influenciadas por alguna jerarquía. En cuanto a cómo va a ser lo encargo a los senadores que son los que entienden del tema.

SEÑORA PRESIDENTA.- La comisión agradece su visita. Vamos a contar con los aportes que nos hagan llegar.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Son las 17:48).